



Procedimento

Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - CHIUSURA STRAORDINARIA (periodo SUPERIORE ai 15 giorni)

Breve descrizione e riferimenti normativi utili

Il titolare dell'impresa individuale o il legale rappresentante della società titolare della farmacia, utilizzando il modulo sul Portale di Accesso Unitario regionale, chiede l'autorizzazione alla chiusura straordinaria (pertanto non per ferie) della farmacia, per un periodo superiore ai 15 giorni, dichiarandone la motivazione, che deve essere legata ad esigenze di carattere straordinario che rendono necessaria la chiusura. ■■L. 8 novembre 1991, n.362; D. Lgs. 28 gennaio 2016, n. 15; L. 2 aprile 1968, n.475; D.P.R.21 agosto 1971, n. 127; Art. 11 L. 24 marzo 2012, n. 27. L.R. 3 marzo 2016, n. 2

Articolazione

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO INTERAZIENDALE

Unità operativa

UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e Vigilanza (SC)

Responsabile del procedimento

DENISE GIARDINI

Tel.

051 6597365

E-Mail

d.giardini@ausl.bologna.it

Responsabile

DENIS SAVINI

Tel.

051 6597357

E-Mail

d.savini@ausl.bologna.it

Inizio del procedimento

istanza di parte

Modulistica necessaria

Sul Portale di Accesso Unitario regionale è disponibile il modulo "Domanda di autorizzazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - CHIUSURA STRAORDINARIA (periodo SUPERIORE ai 15 giorni)"■■■■Vedasi il Link - <https://au.lepida.it/suaper-fe/#/Wizard/step2> - disponibile in fondo alla pagina

Individuazione Uffici per informazioni, orari, modalità di accesso, recapiti, presentazione istanze

Segreteria UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e Vigilanza Tel. 051.6597357 Fax 051.6597366■■■PEC: farmaceutica.territoriale@pec.ausl.bologna.it Mail: servizio.farmaceutico@ausl.bologna.it Orari apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì: 8.30-13.00 martedì e venerdì: 14.30-16.30

Termine di conclusione procedimento

15 giorni

Possibilità di sostituzione con autocertificazione

No

Possibilità di termine del procedimento con silenzio/assenso

No

Titolare potere sostitutivo

DENIS SAVINI

Tel. Titolare potere sost.

051 6597357

E-mail Titolare potere sost.

d.savini@ausl.bologna.it